

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. FACULTAD DE MEDICINA.

- Trabajo Fin de Grado -

Cuidados Paliativos al paciente anciano.
Proyecto educativo para personal sanitario
de centros residenciales



Palliative care to the elderly patient. Educational project for healthcare professionals of homes for aged.

Autora: María López Mulero

Tutora: Asunción García González

Mayo 2016



ÍNDICE

1. Resumen.....	3
1. 1. Abstract.....	4
2. Introducción	5
3. Justificación.....	8
3.1. Valoración del paciente mayor de 80 años	11
3. 2. Limitación del esfuerzo terapéutico y CP	13
3. 3. Comunicación terapéutica.....	14
4. Análisis de la situación.....	14
5. Áreas de Intervención.....	16
6. Análisis de las necesidades educativas.....	16
7. Población diana	17
8. Captación.....	17
9. Objetivo general/específicos	17
10. Metodología	18
10. 1. Contenidos principales	19
10. 2. Cronograma.....	20
11. Evaluación.....	21
12. Limitaciones del Trabajo.....	22
13. Consideraciones finales.....	23
14. Bibliografía	24
15. Anexos.....	29
Anexo I: Instrumento NECPAL.....	29
Anexo II. Búsqueda bibliográfica	31
Anexo III: Encuesta a Profesionales.	33
Anexo IV: Solicitud	35
Anexo V: Tríptico Informativo	36
Anexo VI. Sesiones del proyecto.....	37
Anexo VII. Evaluación del proyecto.....	44
Anexo VIII: Guion del observador	45
Anexo IX: Cuestionario de evaluación del programa	47



Agradecimientos

En primer lugar, quiero mostrar mi agradecimiento a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid por la oportunidad que brinda cada año de realizar este trabajo, el cual nos acerca al trabajo científico que merece esta titulación.

Agradecer a mi tutora del trabajo, Asunción García González la paciencia y dedicación que ha tenido durante estos meses. No sólo guiándome en la elaboración, sino también en las enseñanzas para en un futuro realizar semejantes trabajos.

Quiero agradecer también especialmente a Juana María Gómez Puente, profesora adjunta de la Universidad, por la dedicación desinteresada, opinando y orientando mi trabajo en los aspectos metodológicos que he necesitado, así como los consejos para preparar la defensa del trabajo.

Dar las gracias a mi familia por el apoyo y la oportunidad que me han dado de poder estudiar esta carrera tan gratificante. A mis amigos y compañeros, por su apoyo y disposición para ayudar con el trabajo en todo momento.

Y por último, pero no menos importante, quiero expresar mi agradecimiento a todos los profesionales que se ofrecieron a realizar la encuesta, pues gracias a ellos este trabajo cobra sentido.



1. Resumen

Introducción: El incremento de la esperanza de vida ha supuesto un aumento de la población anciana mayor de 80 años que precisa de una atención sanitaria especializada. La fragilidad y comorbilidad son las causas principales que conducen al ingreso en un centro sociosanitario hasta la muerte. Las características propias debidas al proceso del envejecimiento en sus últimas etapas, junto a los procesos de enfermedades crónicas, dificultan la toma de decisiones en relación con la conveniencia o no de aplicar cuidados paliativos.

Objetivos: Esta propuesta educativa dirigida a profesionales de enfermería de centros sociosanitarios, pretende despejar dudas e inquietudes emocionales, cognitivas y procedimentales que surgen al realizar la valoración geriátrica integral. El uso de herramientas validadas desde la evidencia facilita al equipo de profesionales sanitarios esclarecer si el deterioro de la persona merita de forma exclusiva la aplicación de cuidados paliativos.

Metodología y recursos: La capacitación se realizará mediante un proyecto de Educación para la salud a través de la metodología del Aprendizaje Significativo. Los cambios cognitivos se producen gracias a una reorganización de los conocimientos y experiencias. Los contenidos se impartirán a lo largo de 7 sesiones, realizadas con el objetivo de buscar el empoderamiento y autonomía de los participantes.

Evaluación y conclusiones: El proyecto será evaluado de forma continua tras cada sesión. El desarrollo de un proyecto educativo sobre cuidados paliativos dirigido a profesionales sanitarios, desde el análisis de las necesidades personales, sociales y del entorno, supondría una mejora asistencial en el cuidado de las personas mayores que viven en los centros residenciales.

Esta actividad forma parte del proyecto de Aprendizaje y Servicio de la Universidad Autónoma de Madrid.

Palabras clave: cuidados paliativos, cuarta edad, residencias de ancianos, instrumentos de valoración, límite de esfuerzo terapéutico, opioides, demencia, medición del dolor, educación para la salud, comunicación en salud.



1. 1. Abstract

Introduction: The increase in life expectancy has led a raise in the elderly population older than 80 years who mostly require specialized health care due their fragility and comorbidity. Both are the main causes leading to admission in homes for aged until death. The characteristics due to the aging process in its final stages, along with chronic disease processes, hinder the decision of regarding whether or not to apply palliative care.

Objectives: This educational proposal, directed to nursing professionals in homes for aged, intends to clear doubts as well as emotional, cognitive and procedural concerns that arise when making the comprehensive geriatric assessment. The use of validated tools from the evidence provided to the team of health professionals a tool to clarify whether the deterioration of the person deserves exclusively the application of palliative care.

Methodology and resources: This training will be done through a Health Education project, with meaningful learning. Cognitive changes are made through reorganization of knowledges and experiences. The contents will be held over 7 sessions, conducted with the aim of seeking participation and autonomy of the participants.

Evaluation and conclusions: The educational project will be continuously evaluated after each session. Developing an educational project on palliative care conducted to healthcare professionals, from the analysis of personal, social and environmental needs, would be an improved attendance in the care of older people living in residential centers.

This activity is part of the Service Learning Project of the Universidad Autónoma de Madrid.

Keywords: palliative care, fourth age, homes for the aged, assessment tools, limitation of therapeutic effort, opioids, dementia, pain measurement, health education, health communication.



2. Introducción

Según Virginia Henderson *“el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz”* (1). Aliviar los síntomas y acompañar a la familia forma parte del objetivo principal de los cuidados paliativos: proporcionar un alto nivel de calidad de vida a los pacientes en fase terminal. Se entiende calidad de vida en el anciano como la *“resultante de la interacción entre las diferentes características: vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades; cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial; que influye en su salud física, el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”*. (2)

Históricamente, el lugar de fallecimiento y la actitud del ser humano ante la muerte han ido cambiando. En 1967, Cicely Saunders inició una serie de cambios en los cuidados a pacientes del St. Christopher's Hospice de Londres tras la observación de las características y condiciones en las que estos morían. Transformó los cuidados caritativos en cuidados holísticos, demostrando así, que la atención a las personas en la fase final de su vida a través de cuidados centrados en las necesidades, conseguía aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. En nuestro país este tipo de cuidados se denominarían Cuidados Paliativos (CP). (3, 4)

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define CP como *“el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”* (5).

En 1992, surge en España, como fruto de la formación recibida en Reino Unido, un grupo de profesionales sanitarios que fundan la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y posteriormente la AECPAL (Asociación de Enfermería en Cuidados Paliativos) cuyo objetivo desde su comienzo ha sido impulsar los CP en el país, siendo el nexo de unión entre los profesionales que trabajan en este ámbito. El primer programa de CP se creó en 1982 en el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander),



posteriormente se inaugura en 1990 la primera Unidad de Cuidados Paliativos en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) en el Hospital Universitario Gregorio Marañón (3, 6).

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece la atención a las personas de tercera edad, así como la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. (6) Desde 1999 que se inicia la actividad de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de Atención a Domicilio (ESAD) no es hasta 2005 cuando este recurso se instaura en todas las áreas de la CAM (7). Actualmente, los ESAD son los encargados de prestar servicio a las residencias de ancianos en coordinación con Atención Primaria, facilitando el asesoramiento y atención al equipo, aunque en ocasiones, debido a la complejidad de necesidades de los pacientes pueden asumir temporalmente los cuidados. (8)

En la actualidad, la titulación de Grado de Enfermería comprende en los planes de estudios, competencias que incluyen el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes en cuanto a CP se refiere. Según el artículo 18 de la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, se debe *“conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales (9).”*

En el año 2009, según la Orden SAS/3225/2009 se publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica, que ofrece a los profesionales de Enfermería en España la posibilidad de ampliar sus conocimientos en el área de geriatría/gerontología. Esta especialidad asume entre sus objetivos la capacitación del profesional en algunos aspectos relacionados con CP: (10)

- Garantizar la correcta identificación de personas ancianas que precisan CP.
- Abordar los CP en personas ancianas tanto en procesos oncológicos como no oncológicos, atendiendo a sus características individuales.
- Habilidad para detectar y valorar las necesidades de CP en la persona anciana.
- Conocimiento exhaustivo de los principios de los CP.



La complejidad que supone la atención de los pacientes y sus familias en el proceso final de vida precisa de un elevado nivel de cualificación, poniendo de manifiesto la necesidad de crear una especialidad en CP. En 2014, varias sociedades apoyaron que *“la Enfermería en CP fuese declarada como un Área de Capacitación Específica para garantizar la calidad de la atención a las personas en situación de enfermedad avanzada e irreversible, así como a sus familias, reconociendo que dicha atención solo puede hacerse desde la formación y experiencia avanzadas”*, como se encuentra recogido en la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud de 2007 (11). En la actualidad, parecen insuficientes las 15 plazas de especialista en geriatría para dar la cobertura requerida sin especialistas en CP, dado el elevado número de personas mayores ancianas en proceso final de vida. (12)

Actualmente, es necesario considerar el incremento de personas mayores de 80 años que pasan sus últimos años de vida en centros residenciales hasta su muerte. También se cree necesario revisar otros indicadores como recursos disponibles y formación de los profesionales responsables del cuidado especializado.

A nivel mundial, según el último estudio de julio de 2015 de la OMS, se estima que cada año 40 millones de personas tienen necesidad de CP, y sólo alrededor del 14% son beneficiarios de los mismos (13). Para conocer la cantidad de pacientes que necesitan CP, McNamara et Al, propone un método para estimar la población diana a partir de los datos de los registros de mortalidad. Este método suma el número de defunciones de entre un total de diez causas seleccionadas (Ver Tabla 1). (14)

En 2014 fallecieron en España 199.550 personas mayores de 65 años, debidas a las 10 causas señaladas por McNamara (Tabla 1) de las cuales 179.595 serían susceptibles de CP.

Tabla 1. Fallecidos en España por patologías de McNamara

Código	Patología	Nº de fallecidos
006	SIDA	49
009-041	Tumores	83.448
046	Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	17.846
051	Enfermedad de Alzheimer	13.938



052	Otras enfermedades del sistema nervioso	7.582
057	Insuficiencia cardíaca	16.291
058	Otras enfermedades del corazón	19.242
060	Aterosclerosis	1.417
064	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	13.862
067	Otras enfermedades del sistema respiratorio	16.371
071	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2.722
077	Enfermedades del riñón y del uréter	6.782

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia basada en Isabel Oriol. (14)

3. Justificación

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) declara que los profesionales de enfermería “*son miembros clave de los equipos multidisciplinares que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias*” (15). Así mismo, el Código Deontológico de la Enfermería Española señala en el artículo 18, capítulo 3: “*ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse*”. (16)

La esperanza de vida en España se encuentra en aumento gracias a los continuos avances científicos, tecnológicos y sanitarios. Las proyecciones demográficas realizadas para 2029 señalan que la esperanza de vida aumentará de 80 hasta 84 años en hombres y de 85,6 a 88,7 años en las mujeres. (17)

Del total de la población española, 46.771.341, en 2014, el 18,1% eran mayores de 65 años, de los cuales un 5,7% pertenecía a la “cuarta edad”, mayores de 80 años (18, 19). En la CAM se contaba con un 15,4% de personas mayores de 65 años entre su población total (6.421.874), siendo el 4,56% mayores de 80 años. (17, 19)



El aumento del envejecimiento poblacional ha tenido como consecuencia la reestructuración social de la vejez en tres etapas que facilitan considerar sus diferentes características y necesidades: (18, 20)

1. Ancianos: mayores de 65 años
2. “Ancianos jóvenes”: hasta los 75 años
3. Cuarta edad o “Muy ancianos”: mayores de 80 años

La población anciana mayor de 80 años presenta características físicas, psíquicas y sociales, junto a una morbilidad que la hacen más susceptible de recibir CP.

En este trabajo se entenderá como anciano a la persona mayor de 80 años en situación de dependencia, que presente dos o más enfermedades crónicas y criterios de fragilidad, pues este es el perfil de las personas mayores que se encuentran en residencias y son susceptibles de recibir CP. Entendiéndose por fragilidad en la persona anciana “*una mayor necesidad y riesgo de utilizar recursos sociales y sanitarios, institucionalización, deterioro de la calidad de vida y proximidad de muerte*”. (21)

Al aumentar la edad, los patrones de morbimortalidad no siguen la misma distribución existente en la edad adulta. Los mayores de 80 años fallecen más por descompensaciones o complicaciones de las enfermedades crónicas avanzadas que por procesos agudos, lo que, en los próximos años, supondrá un aumento de la mortalidad asociada a enfermedades crónicas (22, 23). También es destacable en los últimos años el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en este grupo etario (19), que complejizan la valoración de síntomas, el grado de sufrimiento, la justificación del tratamiento y la determinación del esfuerzo terapéutico.

La recomendación del Consejo de Europa de 1999 sobre la protección de los enfermos en la etapa final de su vida señala que: “*todo el mundo tiene derecho a recibir cuidados de alta calidad durante una enfermedad grave y a una muerte digna libre de dolores fuertes de acuerdo con sus necesidades espirituales y religiosas*” (24). Aunque los CP originalmente fueron desarrollados para enfermos con cáncer, los cambios de morbimortalidad, y las consideraciones éticas sobre justicia, igualdad y equidad exigen que los CP sean ofrecidos a otras personas con similares necesidades (25). Según un estudio sobre necesidades de CP en pacientes con enfermedades no oncológicas, los profesionales sanitarios consideraron que “*la atención al final de la vida de las personas*



con patologías no oncológicas debe basarse en los mismos cuidados que un proceso oncológico”. (26)

Actualmente, las necesidades de las personas mayores y sus familias conducen al uso de los recursos sociosanitarios disponibles en España, entre los que se encuentran los centros residenciales como parte de una atención integral del paciente (22). Las residencias son las principales proveedoras de servicios de larga estancia en las que el empeoramiento de los residentes aumenta el nivel de dependencia y complejidad de los cuidados. (27)

El perfil del residente en la CAM, se caracteriza por ser de género femenino y correspondiente a la cuarta edad, el 66% sobrepasa los 80 años (28). Del total de la población, varios autores apuntan que entre el 2 y el 5% de los residentes precisan CP. (4, 29)

Los estudios en residencias señalan que los pacientes con demencia fallecen mayoritariamente en el centro sociosanitario frente al resto de diagnósticos, en los que residentes son hospitalizados tras presentar complicaciones características de la fase preagónica. El lugar de fallecimiento de un paciente es indicador en CP de la calidad asistencial. Según estudios realizados en Andalucía y Cataluña, la mayoría de pacientes en proceso de muerte preferirían morir en sus domicilios, si bien es cierto que finalmente, más de la mitad fallecen en el hospital (30). En el caso de los residentes, se considera la residencia como el domicilio del anciano.

Los criterios a considerar para ajustar el ratio enfermera/paciente en CP se encuentran establecidos según las necesidades de los pacientes, la complejidad del cuidado que precisan y la falta de autonomía, entre otras variables. Las cuales están relacionadas con la carga de trabajo. Siendo las enfermedades crónicas más prevalentes en las residencias de ancianos de la CAM la hipertensión (45%), cardiopatías (43%), artrosis (34%), demencias (33%) y trastorno de ansiedad (27%) (31), se puede señalar que la mayor carga de trabajo está relacionada con los pacientes que padecen demencia, pues son los que requieren el 36% de los cuidados (32). Varios autores proponen desarrollar programas específicos de CP para enfermos con esta patología, siendo imprescindible la formación continuada específica de los profesionales en los niveles asistenciales donde son atendidos. (33)



La formación continuada (FC) es *“un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.”* (34)

Según el Código Deontológico de la Enfermería Española 16 (17), será cometido de la enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales (Art. 60), siendo consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional (Art. 70) debiendo valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando recursos apropiados, siendo capaz de autodirigir su propia formación (Art. 71).

Son abundantes los estudios que señalan la preparación de los centros residenciales en la atención del anciano de sus necesidades diarias, pero son escasos los estudios que dan cuenta sobre la calidad del cuidado al final de la vida que se recibe en las residencias referidos a enfermedades no oncológicas (29), algunos estudios refieren una infravaloración de los síntomas en las personas mayores, no exclusivamente en patologías que cursan con deterioro cognitivo, sino que *“de manera generalizada se observa en la población anciana y ocurre con la disnea, náuseas, astenia y ansiedad”*. (35) El control sintomático requiere conocimientos sobre los instrumentos de valoración, debiéndose utilizarse de forma individualizada y con un seguimiento continuado (36).

3.1. Valoración del paciente mayor de 80 años

La valoración geriátrica integral es de gran ayuda para la detección y prevención del declive funcional, físico, social y mental del anciano. Las características de fragilidad y comorbilidad confluyen dificultando la valoración, por ello, la utilización simultánea de varias herramientas facilitarán la decisión de aplicar CP en el paciente anciano (37):

1. Valoración del estado nutricional: Mini Nutritional Assesment
2. Valoración de la esfera funcional:
 - Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Índice de Karnofsky.
 - Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Índice Lawton y Brody.



3. Valoración del dolor. Las dificultades en la valoración del dolor en ancianos son numerosas debido a: presencia de alteraciones sensitivas, dificultades en la comunicación; presentación del dolor de forma atípica, cuadros confusionales y posturas antiálgicas diferentes que en el adulto. La Escala Visual Analógica, McGill Pain Questionnaire o el Test de Latinnen son útiles para valorar el dolor en los pacientes ancianos, pero en caso de demencia, los autores recomiendan la escala PAINAD (38). Según la evidencia, en los ancianos existe una infrautilización de analgésicos y una ausencia en el registro de este síntoma en la historia clínica a pesar de que un 75% de los residentes refieren dolor en su vida diaria, y un 95% durante el aseo. (39)

4. Valoración esfera mental: Pfeiffer, Mini-mental

5. Valoración afectiva: Escala de depresión geriátrica Yesavage, depresión /ansiedad de Goldberg y la escala de Cornell de depresión en la demencia.

6. Valoración social: Escala OARS de recursos sociales.

Aunque existen escalas exclusivas en CP, están centradas en el seguimiento del paciente ya identificado como paliativo. La Palliative Performance Scale (40) es utilizada para medir la capacidad funcional del paciente oncológico, no siendo adecuada para la necesidad de identificar al paciente no oncológico susceptible de CP. Estas herramientas no incluyen criterios de supervivencia, pero podrán verse enriquecidas junto a otras que cuentan con estos criterios en sus cuestionarios.

En 2011 se publica el instrumento NECPAL (Necesidades Paliativas) CCOMS-ICO ® (Anexo I) que facilita establecer criterios de supervivencia y racionalidad en el uso y distribución de recursos en CP. (41)

Gracias al estudio catalán desarrollado a fin de determinar la “*prevalencia poblacional de personas con enfermedad crónica evolutiva y necesidades de atención paliativa*”, se evidenció que en la muestra tomada en esa comarca el 75% de las muertes estuvo causada por enfermedades crónicas evolutivas y entre el 1,2-1,4% de la población sufría una o varias enfermedades crónicas precisando de atención paliativa. La edad media fue de 80 años, más de la mitad eran mujeres, y la mitad sufría pluripatología, síndromes geriátricos y/o demencia (42). La importancia y trascendencia de estos datos condujo al diseño de la escala NECPAL, la cual ayuda en la determinación de recibir CP en los centros residenciales.



El instrumento NECPAL también se puede aplicar a personas que presenten algunos de los siguientes diagnósticos y situaciones (41):

- Paciente con una o más de las siguientes patologías: cáncer, EPOC, cardiopatías, enfermedades neurológicas crónicas y enfermedad renal o hepática crónica grave.
- Paciente con demencia especialmente afectado por la enfermedad.
- Paciente geriátrico que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de fragilidad particularmente avanzada.

3. 2. Limitación del esfuerzo terapéutico y CP

Las cuestiones éticas que comprenden los CP se basan en la aceptación de no prolongar la vida de forma innecesaria. La principal dificultad reside en orientar los cuidados no en la curación, si no en los cuidados centrados en el paciente. Se debe reevaluar la situación clínica y discutir con el resto del equipo sanitario el pronóstico, cuya valoración en la mayoría de casos es subjetiva, aunque basada en parámetros y medidas como las escalas e instrumentos anteriormente citados, decidiendo así la no aplicación de tratamientos fútiles (36). Existen varias definiciones de limitación de esfuerzo terapéutico (LET), la *“no aplicación de medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida, y que no generarán beneficios al paciente”*. (43)

El equipo interdisciplinar debe considerar el grado de deterioro funcional, valorando el grado de capacitación para la toma de decisiones, si existen o no registradas sus últimas voluntades durante el curso de la enfermedad (43); debiendo crear un clima de confianza y compromiso, reconociendo la responsabilidad que conlleva la LET. La información que deben recibir tanto la familia como el paciente debe ser clara y concisa pues la literatura evidencia dificultades al respecto (36). Se debe acompañar en el difícil proceso de elección, resolviendo dudas y pidiendo consejo de expertos si es necesario. Una opción, como proponen varios autores, es la utilización de *“Guías para la ayuda en la decisión”*. (44)



3. 3. Comunicación terapéutica

Las publicaciones realizadas sobre comunicación en la fase final de vida resaltan la importancia que le dan los profesionales y familia al establecimiento de una adecuada relación terapéutica (45).

Numerosos estudios coinciden en la dificultad de los profesionales para establecer una comunicación efectiva, fruto del desconocimiento de estrategias de comunicación, señalando diferencias significativas entre profesionales según hayan o no recibido formación en CP. Sería conveniente la capacitación de los profesionales en el manejo de la comunicación en CP. (45, 46)

4. Análisis de la situación

Con el fin de plantearnos objetivos y actividades lo más próximas a las necesidades y realidad del grupo con el que vamos a trabajar, se ha realizado un análisis de la situación considerando los datos obtenidos en la bibliografía utilizada (Anexo II), extrayéndose los siguientes datos:

FACTORES AMBIENTALES (4, 8, 14, 19, 22, 23, 29, 47, 48)	
ENTORNO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escasos recursos sociosanitarios ▪ Disponibilidad utilización de ESAD ▪ La muerte en hospital de agudos no ofrece CP de calidad al paciente anciano ▪ Consecuencia de la crisis desde 2008: <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación de puestos de enfermería 2. Inadecuado ratio enfermera/paciente terminal 3. Déficit FC



ENTORNO PRÓXIMO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación entre niveles no propicia CP de calidad ▪ Insuficiente número de psicólogos ▪ Personal <ol style="list-style-type: none"> 1. No se considera el nivel de expertía para la contratación (la especialidad de geriatría no es un criterio de contratación) 2. Continua rotación del profesional de enfermería (no continuidad de cuidados) 3. No se fomenta la motivación al no considerarse la carrera profesional
-----------------	---

FACTORES PERSONALES (26, 29, 49, 50)	
ÁREA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escaso nivel de formación de los profesionales sanitarios relacionado con CP especialmente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención en la fase preagónica 2. Inadecuado uso de recursos terapéuticos 3. Encarnizamiento terapéutico
ÁREA DE EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestión emocional inadecuada ▪ Escaso abordaje grupal de aspectos psicosociales ▪ El profesional no cierra tras el éxito el proceso emocional vivido con el paciente ▪ Creencias y mitos sobre la muerte/miedo ▪ Sentimientos de vacío ▪ Ansiedad ante la situación en fase preagónica
ÁREA DE HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconocimiento de técnicas y habilidades para valorar de forma integral al anciano ▪ Dificultad en la utilización de las herramientas para el diagnóstico ▪ Uso de herramientas de comunicación con el paciente y familia ▪ Déficit de conocimientos acerca de la comunicación ▪ Falta de confianza, tras cada proceso de muerte, para hablar sobre ello entre los miembros del equipo



5. Áreas de Intervención

Para el desarrollo de las intervenciones es indispensable considerar los comportamientos de la población a la que va dirigida la acción formativa, así como los factores ambientales y personales correspondientes al área cognitiva, emocional y de habilidades, con el fin de analizar globalmente el contexto para lograr así un adecuado enfoque del proyecto educativo. (51)

La intervención se centrará en la formación en relación con la transición vital como es la muerte o proceso final de vida, que origina un gran impacto en el paciente, familia y equipo terapéutico.

6. Análisis de las necesidades educativas

Además de las necesidades anteriormente señaladas extraídas de la bibliografía, se decidió realizar una encuesta para conocer las necesidades reales de la población a la que va dirigida la acción formativa. (Anexo III) Se han realizado 13 encuestas a profesionales sanitarios que ejercen o han ejercido su labor en centros residenciales: correspondientes a 9 enfermeras, 3 auxiliares de enfermería y un Médico Interno Residente de geriatría.

Resultados de la encuesta:

FACTORES AMBIENTALES	ENTORNO SOCIAL	ENTORNO PRÓXIMO
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gran carga de trabajo: poco tiempo con los pacientes (15-30 pacientes por enfermera) ▪ Profesional con corta carrera laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para la relación entre Atención Primaria, hospitalización, equipos de soporte y centros residenciales. ▪ Recursos disminuidos (materiales, personal...) ▪ Rotación excesiva del profesional ▪ Disminución de formación continuada



FACTORES PERSONALES	ÁREA COGNITIVA	ÁREA DE EMOCIONES	ÁREA DE HABILIDADES
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de formación en CP: Control de síntomas, Opioides, Aspectos emocionales, Comunicación, Duelo 	<ul style="list-style-type: none"> Carga emocional Madurez Paciencia Empatía 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para identificar pacientes con necesidad de CP Comunicación terapéutica Dificultad manejo vía subcutánea

7. Población diana

Este proyecto educativo está dirigido a profesionales titulados de enfermería de centros residenciales de la CAM. Como grupo real se elegirá a profesionales de enfermería que ejercen su labor en la residencia de ancianos “Nuestra Señora del Carmen”, localizada en el área sanitaria de Cantoblanco, previa solicitud a la dirección quien valorará la pertinencia o no del mismo (Anexo IV). El curso contará con un máximo de 20 participantes.

8. Captación

Los profesionales conocerán el curso publicitado a través de la Intranet de Salud@Madrid. La inscripción se realizará a través de email o teléfono señalado en el folleto informativo (Anexo V).

9. Objetivo general/específicos

OBJETIVO GENERAL: modificar en las personas asistentes al curso actitudes frente a la enfermedad no oncológica fomentando el cuidado desde una visión global e integrada del anciano susceptible de CP.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Área de conocimientos:
 - Reconocer las competencias enfermeras en CP
 - Verbalizar las características de la muerte en residencias
 - Identificar los problemas para brindar CP en el centro residencial
 - Identificar las dificultades en la utilización de herramientas que facilitan la valoración de la persona desde un abordaje holístico
 - Argumentar los beneficios de la utilización de herramientas de valoración en el cuidado continuo de la persona mayor en fase terminal
 - Reconocer las dificultades de LET en el cuidado de las personas mayores en el proceso final de vida

- Área de actitudes
 - Analizar las fortalezas y limitaciones para brindar CP en las residencias
 - Argumentar el uso de herramientas que facilitan la valoración del anciano en diferentes situaciones
 - Analizar los diferentes tipos de comunicación terapéutica
 - Evaluar el beneficio de instaurar el LET
 - Expresar emociones tras el éxito del paciente

- Área de habilidades. Los asistentes serán capaces de:
 - Realizar una valoración integral del anciano con las herramientas expuestas: NECPAL, PAINAD, Karnofsky...
 - Mantener una comunicación terapéutica eficaz en la valoración y el cuidado continuado
 - Manejar la vía subcutánea para la administración de fármacos

10. Metodología

En la realización de este proyecto se considera conveniente la utilización de una metodología activa, así como un aprendizaje significativo en contraposición de un



aprendizaje memorístico. En adultos, el aprendizaje significativo es el más adecuado. Propuesto por Ausubel en 1963, plantea un proceso a través del cual *“una nueva información o conocimiento se relaciona de manera no arbitraria y sustantiva con la estructura cognitiva de la persona que aprende”*, la persona construye su propio aprendizaje gracias a sus experiencias, vivencias, sentimientos, etc., por lo que la variable decisiva es el conocimiento previo que la persona posea. (52)

La estudiante que realiza este proyecto, lo hará dentro del marco del aprendizaje y servicio (ApS), basado en una metodología innovadora que tiene como fin aportar una formación al estudiante durante la realización de una determinada actividad para la comunidad: *“el aprendizaje servicio es una propuesta educativa que combina procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad en un único proyecto bien articulado en el que los participantes aprenden a la vez que trabajan en necesidades reales del entorno con la finalidad de mejorarlo”* (53). La investigación indica que el ApS favorece el aprendizaje significativo, facilita el desarrollo de competencias profesionales y mejora la motivación de los estudiantes, el pensamiento crítico, el compromiso social y las relaciones en el aula. (53) La Universidad Autónoma de Madrid se encuentra involucrada en un proyecto europeo para el desarrollo del compromiso social de las universidades a través de esta metodología.

10. 1. Contenidos principales

El curso lleva como título “Los Cuidados Paliativos en el medio residencial”. Las sesiones, desarrolladas en el Anexo VI, pretenden abarcar las áreas en las que se han detectado necesidades. La metodología utilizada tiene el propósito de captar la atención de los asistentes y promover una atmósfera crítica, tratando de conducir al grupo para lograr su propio autoaprendizaje.

Las dinámicas a utilizar con los participantes del curso son distintas técnicas sobre desarrollo de habilidades, exposición, análisis e investigación (51, 54). En el encuadre de las sesiones es importante no sobrepasar los 30 minutos de exposición teórica por sesión para mantener la participación y atención del grupo. Tras cada técnica será prioritario la puesta en común de las ideas de los participantes.



10. 2. Cronograma

Se llevarán a cabo siete sesiones con una duración de 100-110 minutos cada una, con periodicidad semanal.

El cronograma del proyecto incluye la etapa de planificación del proyecto con recopilación de información, comunicación con los diferentes expertos y profesionales que participarían en las sesiones, la publicidad del curso para que los futuros participantes lo conozcan y se inscriban en el mismo, y la temporalización y secuencias de las sesiones.

CRONOGRAMA	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Recopilación de datos																
Comunicación profesionales																
Planificación del programa																
Publicidad curso/Captación																
Sesión 1																
Sesión 2																
Sesión 3																
Sesión 4																
Sesión 5																
Sesión 6																
Sesión 7																



Proceso de inscripción: el primer contacto por correo electrónico tiene como objetivo informar sobre el contenido y los objetivos del curso. Los profesionales que se hayan interesado e inscrito en el curso recibirán por correo electrónico el folleto informativo (Anexo VI) con una breve introducción y bienvenida al curso, además de la planificación de las diferentes sesiones que serán impartidas.

11. Evaluación

La valoración de la intervención educativa se llevará a cabo gracias a técnicas cualitativas y cuantitativas que permitirán estimar la eficacia de las actividades realizadas y si éstas alcanzan los objetivos propuestos. Siendo una herramienta de mejora de la actividad formativa. Para evaluar el contenido de las sesiones educativas impartidas en el proyecto se realizará la evaluación de cada una de las distintas partes (51, 54), expuestas en el Anexo VII; contando con un guion para la evaluación del observador (Anexo VIII):

1. De la estructura: Se pretende valorar la adecuación de los recursos utilizados así como la metodología.

- ¿La captación ha sido adecuada?
- ¿La participación ha sido la esperada, manteniéndose durante el curso? ¿El número de participantes era el adecuado?
- ¿Han sido suficientes el número de profesionales?

2. Del proceso: Valora la planificación y cumplimiento del desarrollo de las sesiones.

- ¿Los contenidos y las técnicas de las sesiones son apropiados?
- ¿Los profesionales que tenían asignadas las sesiones han sido los que las han desarrollado?
- ¿Se ha facilitado la participación activa de los discentes por parte del docente?

3. De los resultados: Consecución de los objetivos educativos en las áreas de conocimientos, actitudes y habilidades.

- Efectos no previstos: falta de atención de los discentes, exposiciones no entendibles



- ¿Se ha conseguido adquirir conocimientos que no se tenían? ¿Reforzaron sus conocimientos sobre el contenido tratado?
- ¿El intercambio de experiencias ha sido adecuado para los objetivos?
- ¿Los asistentes pudieron aprender de forma práctica las actividades planteadas?
- ¿Pudieron resolver sus dudas surgidas durante las sesiones?

Al finalizar el curso, se entregará una encuesta de satisfacción para que los participantes puedan opinar sobre este (Anexo IX).

12. Limitaciones del Trabajo

En el presente trabajo se ha realizado un análisis del estado de la situación partiendo de la bibliografía, si bien la autora reconoce que es una debilidad dada la limitación de las fuentes consultadas. Se ha tratado de ajustar en las sesiones las diferentes áreas personales de los profesionales como son conocimientos, actitudes y habilidades, sin trabajar aquellos aspectos relacionados con la logística señalados por los profesionales en sus encuestas.

A pesar de ser escasos los estudios de investigación relacionados con los CP de la cuarta edad en residencias de ancianos, hay concordancia entre la información que vuelcan los trabajos expuestos y los problemas señalados por los profesionales a los que se les ha realizado la encuesta. En relación con el objeto de la encuesta, se ha hecho el esfuerzo de su elaboración con el fin de abordar las necesidades educativas, asumiendo los errores que se hayan podido cometer, pues la ausencia de destreza no permite una adecuada realización de la misma. A pesar de la no validación de la encuesta y la falta de expertía en el análisis del discurso profesional, ésta ha servido para la identificación de las necesidades de la población y aspectos relacionados con la metodología. Otra de las dificultades ha sido la escasa respuesta de los profesionales, incluyendo la dirección, en ocasiones por falta de tiempo debido a su situación profesional.



13. Consideraciones finales

Las necesidades detectadas en los profesionales y el análisis de la bibliografía han mostrado una formación débil de los profesionales de enfermería en aspectos concretos de los CP aplicados a personas mayores de 80 años que por diferentes causas se encuentran pasando sus últimos días en un centro residencial.

La bibliografía consultada, si bien ha sido limitada, resalta la necesidad de llevar a cabo programas formativos de CP dirigidos a profesionales sanitarios que ejercen su desempeño en residencias geriátricas incidiendo en la importancia de la comunicación terapéutica, aspectos farmacológicos y valoración del anciano (6, 8, 29, 55). El proyecto de educación propuesto “Cuidados paliativos en el medio residencial” busca promover la responsabilidad y conciencia de los profesionales en cuanto a la importancia de una adecuada valoración del paciente geriátrico susceptible de CP, integrando las diferentes herramientas propuestas desde la evidencia, si bien en este sentido, es necesario reconocer como limitación que al realizar la búsqueda bibliográfica los documentos escogidos tienen una escasa aportación sobre los aspectos de enfermería.

Para la elaboración de los contenidos de las sesiones se han considerado las características ambientales y personales de la Residencia Nuestra Señora del Carmen, por lo que este apartado se debería revisar al intentar aplicarlo en otro medio similar con el fin de adaptarlo a los perfiles detectados.

Para concluir, y en relación con el nivel de satisfacción del profesorado sobre la intervención realizada y la percepción de las educadoras sobre el encuadre y desarrollo del proyecto, estos aspectos serán recogidos mediante el guion del observador en las diferentes sesiones. Este proceso facilitará identificar las fortalezas y debilidades de cada sesión, buscando anclar los aspectos de mejora para próximas intervenciones.

“Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad.”

Cicely Saunders.



14. Bibliografía

1. Henderson, V. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid. Interamericana - McGraw - Hill. 1994.
2. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300
3. Serra Rexach JA. Plan estratégico de geriatría en el entorno de la libre elección. Comunidad de Madrid. Plan 2011-2015. Servicio Madrileño de Salud.
4. Infante Campos, A. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y consumo, 2007 [acceso octubre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/uYTCTL>
5. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative: a report of an OMS expert committee. Geneva: OMS; 1990.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: Actualización 2010-2014 [monografía en Internet]. Disponible en: <http://goo.gl/98P2eo>
7. Resolución de 26 de julio de 1999, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crean los puestos de personal de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Boletín Oficial del Estado, nº 190 (10 de agosto de 1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://goo.gl/jTF1jg>
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos [monografía en Internet]. Madrid: SECPAL; Mayo 2012 [acceso diciembre de 2015.]. Disponible en: <http://goo.gl/2okMtD>
9. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, nº 174 (19 de julio de 2008). Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: <http://goo.gl/2IpmoZ>
10. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Boletín Oficial del Estado, nº 288 (30 de noviembre de 2009). Disponible en: <http://goo.gl/4zzM5E>
11. AECPAL, AEEI, FAECAP y SEEGG [documento de consenso]. Necesidad de un Área de Capacitación Específica en Enfermería, para la atención de personas en procesos paliativos y/o final de vida [monografía en Internet]. Madrid; 2014 [acceso en enero 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/pnWE8q>



- 12.** Formación Sanitaria Especializada [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [acceso en enero de 2016]. Plazas Ofertadas. Disponible en: <http://goo.gl/eeiNmk>
- 13.** Organización Mundial de la Salud [sede web]. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas. Comunicado de prensa. 28 de enero de 2014. [acceso en octubre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/bjuaG3>
- 14.** Oriol I. Informe de la situación actual en cuidados paliativos [monografía en Internet]. 2014 [acceso en octubre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/0Wnfq9>
- 15.** Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de Posición del CIE sobre la Función de la Enfermera que Dispensa Cuidados a los Pacientes Moribundos y a sus Familiares [monografía en Internet]. Biblioteca Lascasas; 2006 [acceso en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/tWhejf>
- 16.** Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería. España, 1989. Disponible en: <http://goo.gl/c5vrCf>
- 17.** Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. España; 2015 [acceso 21 de octubre de 2015]. Esperanza de vida [13 páginas]. Disponible en: <http://goo.gl/FxMbir>
- 18.** Moreno Toledo, A. La cuarta edad. Perfil conceptual de la vejez avanzada. Poiésis [revista en Internet] noviembre 2005 [acceso en febrero de 2016]; 6 (3). Disponible en: <http://goo.gl/Gm3YcG>
- 19.** Abellán García, A; Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos [monografía en internet]; 2015 [acceso en febrero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/qboiaG>
- 20.** Espinosa Almendro, JM; Muñoz Cobos F; Portillo Strempe J. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Medicina de familia [revista en Internet] 2005 [acceso en febrero de 2016]; 6 (3). Disponible en: <http://goo.gl/I9noQo>
- 21.** Castelblaque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles –ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General. 2002; 45: 443-680.
- 22.** M A García-Alhambra. Cuidados paliativos geriátricos en residencias. Rev. Geriátría y Gerontología [revista en Internet] 1999 [acceso el 12 octubre de 2015]; 34 (92). Disponible en: <http://goo.gl/ZeS2Rb>
- 23.** Plan estratégico de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo [monografía en Internet]; 2010. [acceso el 8 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/MjoxJa>



- 24.** Recomendación 1418. Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa [monografía en Internet]. 1999. [acceso en marzo de 2016] Disponible en: <http://goo.gl/mZl0ie>
- 25.** Riaño Zalbidea, V. Cuidados Paliativos en el enfermo no oncológico [monografía en Internet]. Paliativos sin Fronteras; 2007 [acceso en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/9Lrd5s>
- 26.** Aldasoro Unamuno E, Mahtani Chugani V, Sáenz de Ormijana Hernández A, Fernández Vega E, González Castro I, Martín Fernández R, et al. Necesidades de cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras [monografía en Internet]. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2012 [acceso en diciembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/8iBMiB>
- 27.** Miranda MJ. Análisis del modelo residencial público. Número monográfico sobre análisis de la atención institucionalizada al anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1992; supl 1: 13-14.
- 28.** Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://goo.gl/p4oFEm>
- 29.** Davies E, Higginson I. Mejores cuidados paliativos para las personas mayores [monografía en Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004 [acceso en octubre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/wEnhWz>
- 30.** Ramón I, Alonso J, Subirats E, Yáñez A, Santed R, Pujol R y el grupo de estudio «Morir de Mayor en Cataluña». El lugar de fallecimiento de las personas ancianas en Cataluña. Rev Clin Esp [revista en Internet] 2006 [acceso en febrero de 2016]; 206 (11): 549-555. Disponible en: <http://goo.gl/noKwoC>
- 31.** Moreno Damián, J; Valderrama-Gama, E; Rodríguez-Artalejo, F; Martín-Moreno, JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. Gac Sanit [revista en Internet] 2004 [acceso en febrero de 2016] 18 (4). Disponible en: <http://goo.gl/hVD5ZZ>
- 32.** Martens PJ, Fransoo R, Burland E, Burchill CH, Heather J P, Ekuma O. The Need To Know Team. Prevalence of Mental Illness and Its Impact on the Use of Home Care and Nursing Homes: A Population-Based Study of Older Adults in Manitoba. Can J Psychiatry. 2007; 52: 581–590
- 33.** Arriola Manchola, E; González Larreina, R; Ibarzabal Aramberri, X; Buiza Bueno, C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37 (4): 225-230.
- 34.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Formación Continuada y Acreditación. Disponible en: <http://goo.gl/ZDDIau>



- 35.** Evers ME, Meier DE, Morrison RS. Assessing the difference in care needs and service utilization in geriatric palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002; 23 (5): 424-432.
- 36.** Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30 (Supl. 3): 113-128.
- 37.** Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos* [revista en Internet] 2013 [acceso en abril de 2016]; 24(1): 8-13. Disponible en: <http://goo.gl/njccZi>
- 38.** Schuler MS, Becker S, Kaspar R, Nikolaus T, Kruse A, et al. Psychometric properties of the German Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD-G) in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2007; 8: 388-95.
- 39.** Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [revista en Internet] 2009 [acceso en abril de 2016]; 16(6): 344-351. Disponible en: <http://goo.gl/29ZswB>
- 40.** DeMiguel Sánchez C, López Romero A. El paciente con cáncer avanzado. ¿Podemos predecir la supervivencia? *Rev. Atención Primaria* [revista en Internet] 2006 [acceso en enero de 2016]; 38 (1): 2-6. Disponible en: <http://goo.gl/WCTLfQ>
- 41.** Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. Disponible en: <http://goo.gl/rmrecS>
- 42.** Gómez-Batiste X, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, Puigdollers M, Rohlfes I, et al. Recomendaciones prácticas para la identificación y mejora de la atención a personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en territorios y servicios de salud y sociales (V2.0) [monografía en Internet]. Universitat de Vic: Generalitat de Catalunya; 2012 [acceso en enero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/PFIppR>
- 43.** Astudillo W, Orbegoza A, Díaz-Albo E, Bilbao Z. Los cuidados paliativos, una labor de todos [monografía en Internet]. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2007. Disponible en: <http://goo.gl/Y0YFVQ>
- 44.** Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *Anales Sis San Navarra* [revista en Internet] 2007 [acceso en abril de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/KCf2e7>
- 45.** Araújo MM, Silva MJ. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev. esc. enferm. USP* [revista en Internet]. 2012 [citado el 15 de abril de 2016]; 46 (3): 626-632. Disponible en: <http://goo.gl/YkkTfT>



46. Araújo MM, Silva MJ. El conocimiento de estrategias de comunicación en la atención de la dimensión emocional en cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm [revista en Internet]. 2012 [acceso en marzo de 2016]; 21 (1): 121-129. Disponible en: <http://goo.gl/dWaIqW>
47. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. The Economist Intelligence Unit Limited. [monografía en Internet] 2015. [acceso en marzo de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/w1JSyi>
48. Núñez Olarte JM, Alonso Babarro A. Los cuidados paliativos y la crisis de la sanidad en España. Med Paliat [revista en Internet] 2013 [acceso en enero de 2016]; 20 (2): 41-43.
49. Abaunza A, Jaio N, Landa V, Irurzun E, Galarraga ML, et al. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en los cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco [monografía en Internet]. Departamento de Salud del Gobierno Vasco: Vitoria-Gasteiz; 2013 [acceso en enero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/VuYCO0>
50. Pedrón Barbera, JA. Cuidados paliativos en el enfermo terminal geriátrico institucionalizado [Trabajo de Fin de Máster]. Valencia: Universidad Cardenal Herrera; 2013 [acceso en...]. Disponible en: <http://goo.gl/aI09mp>
51. Palmar AM. Métodos educativos en Salud. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
52. Moreira MA, Caballero MC, Rodríguez ML (orgs.). Actas del Encuentro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo. Burgos, España; 1997 [acceso en febrero de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/onS9cF>
53. Berman S. Service Learning: A guide to Planning, Implementing, and Assessing Student Projects [libro en Internet]. 2ª ed. California: Corwin Press; 2006. Disponible en: <https://goo.gl/gqxAeb>
54. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. Navarra: Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública; 2006. Disponible en: <http://goo.gl/YkJ69f>
55. Gallop R, Choiniere J, Forchuk C, Golea G, Johnston N, et al. Guías de buenas prácticas en enfermería. Establecimiento de la relación terapéutica [monografía en Internet]. Registered Nurses Association of Ontario; 2002 [acceso en marzo de 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/NpbiPL>



15. Anexos

Anexo I: Instrumento NECPAL.



INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¹ En el contexto mediterráneo/latino, donde la autonomía del propio enfermo es menos manifiesta que en el anglosajón/norte-europeo, es frecuente que sea la familia o miembros del equipo los que pueden solicitar limitación del esfuerzo terapéutico o medidas paliativas, o ambas.


4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.)
- ☐ Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%)
- ☐ Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40%
- ☐ En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa
- ☐ Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
- ☐ Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable
- ☐ Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos
- ☐ Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado
- ☐ En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg)
- ☐ Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min)
- ☐ Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días
- ☐ Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,
ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo
- ☐ Síntomas complejos y difíciles de controlar
- ☐ Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse
- ☐ Disfagia progresiva
- ☐ Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria

ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante
- ☐ Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante

DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)

☐ **Sí** ☐ No

- ☐ Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)
- ☐ Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral
- ☐ Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)



Anexo II. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica fue realizada durante el periodo de septiembre de 2015 a marzo de 2016. Se realizó una búsqueda en las bases de datos: Cinahl, PubMed, Google Académico®, SciELO, Cuiden, Biblioteca Cochrane, LILACs. Las búsquedas realizadas en Google Scholar no se reflejan, pues los artículos que se estimaban relevantes finalmente se encontraban en otras bases de datos. Se emplearon otros recursos disponibles en internet como guías de práctica clínica, página de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), World Health Organization (WHO); Boletín Oficial del Estado (BOE); Sede del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los descriptores utilizados fueron “Cuidados Paliativos/Palliative Care”, “Hogares para ancianos/Homes for the Aged”. “Comunicación en salud/Health communication”. “Demencia/Dementia”, “Medición del dolor/Pain measurement. Los artículos se identificaron inicialmente en función del título y del resumen. Una vez seleccionados, se obtuvieron trabajos adicionales gracias a las referencias bibliográficas.

	Estrategia de búsqueda	Resultados	Relevantes
CINAHL	“Palliative care” AND “Home for the aged” -Fecha de publicación (publicados 5 años); -Edad de la población objeto del estudio “Aged: 65+ years”	8 artículos	2 artículos
	Health communication AND Palliative care AND Nursing	3 artículos	1 artículo
	Pain measurement AND Dementia	28 artículos	2 artículos
CUIDEN	("cuidados")AND(("paliativos")AND("residencia"))	23 artículos	3 artículos
	("comunicacion")AND(("en")AND(("salud")AND(("cuidados")AND(("paliativos")AND("enfermeria")))) 2010-2016	34 artículos	2 artículos
	("Valoración del dolor") AND ("Demencia")	3 artículos	1 artículo



SCIELO	Cuidados paliativos AND Residencia	4 artículos	1 artículo
	Comunicación en salud [Todos los índices] AND Cuidados paliativos [Todos los índices] AND Enfermería [Todos los índices]	12 artículos	2 artículos
	Dolor [Todos los índices] AND demencia [Todos los índices]	10 artículos	3 artículos
LILACS	(tw:(residencia de ancianos)) AND (tw:(cuidados paliativos))	22 artículos	1 artículo
	Comunicación en salud AND Cuidados Paliativos AND Enfermería AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS") Desde 2010	5 artículos	2 artículos
	Pain measurement AND Dementia Desde 2011	7 artículos	0 artículos
Cochrane Library	"Palliative care AND Home for aged"	3 artículos	1 artículo
	"Pain measurement AND Dementia"	17 artículos	1 artículos
PUBMED	"Palliative Care"[Mesh] AND "Homes for the Aged"[Mesh] AND ("2011/04/05"[PDat] : "2016/04/02"[PDat] AND "aged"[MeSH Terms]) 5 años. Edad de la población objeto del estudio + 65 años	42 artículos	3 artículos
	("Health Communication"[Mesh]) AND "Palliative Care"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] 5 años. Edad de la población objeto del estudio + 65 años	1 artículo	1 artículo
	"Pain Measurement"[Mesh] AND "Dementia"[Mesh] AND ("2011/04/14"[PDat] : "2016/04/11"[PDat] AND "aged"[MeSH Terms]) Full text. 5 años. Edad de la población + 65 años	23 artículos	1 artículo

Tabla 2. Elaboración propia.



Anexo III: Encuesta a Profesionales.



Este cuestionario es anónimo. Por favor, conteste a las preguntas con la mayor franqueza posible. Muchas gracias por su colaboración.

1. En su experiencia ¿cuáles son las características que se producen en la persona mayor cuando se encuentra en proceso de muerte?
2. ¿Qué dificultades cree que existen para considerar que una persona mayor se encuentra en el proceso final de vida?
3. ¿Consideras útiles las herramientas de valoración del anciano? Escalas, instrumentos... ¿Se utilizan en tu lugar de trabajo?
4. ¿Qué herramienta o escalas de valoración se utilizan en su centro de trabajo para valorar el estado de declive de la persona mayor en proceso de muerte?
5. En tu opinión, ¿cuál es la utilidad de las escalas que utilizáis en el centro de trabajo?
6. En tu opinión y en relación con la muerte de las personas ancianas ¿cómo se vive en la institución donde trabajas?
7. En tu opinión, y en relación con la muerte de las personas mayores ¿cuál es el lugar donde debería ocurrir? En el domicilio, en un hospital, en una residencia...
8. ¿Cuáles son, en tu opinión, las dificultades que tienen las familias para que las personas mayores se mueran en el domicilio?
9. ¿Qué aspectos a mejorar en relación con los cuidados paliativos dirigidos a personas mayores solicitarías al departamento de formación continuada?
10. En tu opinión, ¿qué aspectos crees que se pueden mejorar en relación con la comunicación con el paciente mayor en proceso de muerte?
11. En tu opinión, ¿qué aspectos crees que se pueden mejorar en relación con la comunicación con la familia del paciente mayor en proceso de muerte?
12. ¿Crees que en ocasiones en tu lugar de trabajo se toman decisiones en cuanto a si continuar o no con la vida de la persona?
13. ¿Qué aspectos mejorarías en cuanto a recursos de la institución para cuidar a las personas mayores y familia en proceso de muerte?
14. ¿Qué dificultades consideras que tiene el equipo de profesionales, en tu centro de trabajo, en relación con el cuidado de la persona mayor en el proceso de muerte?



15. ¿Acuden voluntarios de asociaciones para acompañar a las personas mayores en proceso de muerte en tu centro de trabajo?
16. ¿Cuáles crees que son las fortalezas que te facilitan trabajar en el cuidado de las personas mayores en proceso de muerte?
17. ¿Crees que para cuidar a las personas mayores en proceso de muerte, se precisa tener una formación en cuidados paliativos? ¿Por qué?
18. ¿Crees que la crisis económica ha influido en un menor número de cursos para profesionales en el centro de trabajo?
19. ¿Qué esfuerzo personal crees que hay que hacer para trabajar en el cuidado de las personas mayores en proceso de muerte?
20. En relación con los cuidados paliativos dirigidos a personas mayores en tu unidad ¿cuáles consideras que son las dificultades que existen para que los estudiantes puedan aprender las actitudes y habilidades que puedan complementar sus conocimientos teóricos?
21. ¿Se utilizan opioides para el tratamiento de los síntomas en la persona mayor? ¿Crees que se utilizan adecuadamente?
22. ¿Tienes alguna dificultad a la hora de usar los opioides? Ejemplo: miedo a los efectos secundarios, no conocer su posología...
23. ¿Conoces o has utilizado la vía subcutánea para la administración de fármacos?
24. ¿Conoces algún recurso en cuidados paliativos para el soporte residencial? ¿Los soléis utilizar en vuestra unidad?
25. ¿Cuántos pacientes tienes a cargo en tu lugar de trabajo? ¿Te parece adecuada la carga de trabajo?



Anexo IV: Solicitud

Madrid, 9 de febrero de 2016

Estimado Director:

Mi nombre es María López Mulero, soy estudiante de 4ª curso del Grado en Enfermería, y como Trabajo Fin de Grado, estoy llevando a cabo un estudio sobre las necesidades de cuidados paliativos en residencias de ancianos, gracias al cual se ha decidido realizar un proyecto educativo para los profesionales que trabajen en las mismas y deseen ampliar sus conocimientos en cuidados paliativos.

Por lo expuesto anteriormente solicito aprobación por parte de la comisión para realizar el curso sobre “Cuidados Paliativos en el Medio Residencial”, así como para dar a conocer el proyecto y utilizar sus instalaciones para la realización del mismo.

Quedo a la espera de su respuesta.

Gracias.

María López Mulero



Anexo V: Tríptico Informativo

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MEDIO RESIDENCIAL

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

A todos aquellos profesionales de enfermería en residencias de ancianos que deseen ampliar sus conocimientos en Cuidados Paliativos.

¿CUÁNDO y DÓNDE SE IMPARTE EL CURSO?

De Octubre a Noviembre, un día a la semana, en la Residencia Nuestra Señora del Carmen, Cantoblanco.

¿CÓMO PUEDO INSCRIBIRME?

A través del número de teléfono: 91 678 44 67

O escribiendo un e-mail a la siguiente dirección de correo electrónico: saluda@madrid.org

PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES

1. “La muerte como hecho vital”
2. “Valoración del paciente geriátrico”
3. “Cuidados principales al paciente no oncológico”
4. “¿Límite de esfuerzo terapéutico o Cuidados Paliativos?”
5. “Opiáceos en Cuidados Paliativos”
6. “Situaciones emocionales en Cuidados Paliativos”
7. “Principales recursos a nuestra disposición”



Colabora:

Residencia Nuestra Señora del Carmen





Anexo VI. Sesiones del proyecto.

Sesión 1: La muerte como hecho vital					
Objetivos	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Reconocer los mitos, creencias e ideas propias sobre la muerte. Identificar las competencias enfermeras en CP	- Acogida del grupo: Presentación de los participantes y sesiones	Presentación en ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> Carteles con clips, imágenes, pizarra, proyector con pantalla, folios, bolígrafos, ordenador.	30 min
	- Las competencias enfermeras en CP	Lluvia de ideas (b)	Grupo grande: 20 personas		20 min
	- Expresión en torno a la idea de muerte	Foto-palabra (c)	Grupo pequeño: 5 personas		40 min
	- Evaluación sesión y cierre del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas		10 min
(a) Ronda grupal: se invita al grupo a hablar en el orden que deseen, presentándose al grupo, y expresando ideas. (b) Lluvia de ideas: cada participante expresa rápidamente una idea sobre el tema expuesto, en este caso sobre las competencias den enfermería en los CP. (c) Foto palabra: cada persona escoge una foto de entre varias propuestas sobre la muerte, formándose un grupo con la misma elección, y expresando posteriormente el motivo por el que la han escogido.					Total: 100 min



Sesión 2: Valoración del paciente geriátrico					
Objetivo	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Recordar y reorganizar los conocimientos sobre la valoración integral del anciano, empleando escalas e instrumentos facilitadores para la identificación del paciente en situación de CP	- Acogida del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> copias de las escalas, copias del caso clínico, pizarra, proyector con pantalla, folios, bolígrafos, ordenador.	10 min
	- Escalas e instrumentos utilizados en la valoración del paciente geriátrico	Juego de adivinanza (d)	Grupo pequeño: 3 personas		30 min
	- Las escalas utilizadas en CP: NECPAL, Karnofsky y PAINAD	Caso clínico (e)	Individual: 1 persona		40 min
	- Evaluación sesión y cierre de grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas		10 min
<p>(d) Juego de adivinanza: a cada pareja de participantes se le dará una hoja con una escala, que deben exponer a los demás grupos como una adivinanza, explicando para qué sirve, que ítems contiene, qué es lo que evalúa... así el resto de los grupos debe adivinar la escala o instrumento que están definiendo.</p> <p>(e) Caso clínico: se propone un caso sobre un paciente geriátrico en situación de CP, deben realizar la valoración completa del paciente. Posteriormente se corrige el caso y se pone en común.</p>					Total: 90 min



Sesión 3: Cuidados principales al paciente mayor en situación de CP					
Objetivo	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Revisar los principales problemas en ancianos y sus cuidados en situación terminal. Identificar las necesidades del paciente en situación de CP	- Acogida del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> presentación, copias del caso clínico, pizarra, proyector con pantalla, folios, bolígrafos, ordenador.	10 min
	- Cuidados a los pacientes en situación terminal	Lección participada (f)	Grupo grande: 20 personas		40 min
	- Identificación de necesidades del paciente terminal	Caso clínico (e)	Grupo pequeño: 3 personas		40 min
	- Evaluación sesión y cierre de grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas		10 min
(f) Lección participada: se les plantea la expresión de conocimientos sobre los cuidados que suelen realizar a los pacientes en situación terminal, posteriormente se realiza una exposición sobre cuidados principales en CP, completando la información que se ha recogido previamente. Finalizando con discusión, dudas...					Total: 100 min



Sesión 4: ¿Límite de esfuerzo terapéutico o Cuidados Paliativos?					
Objetivo	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Favorecer la expresión de sentimientos e ideas de cada participante sobre el LET y su puesta en marcha en la residencia.	- Acogida del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> presentación, copias de artículo, pizarra, proyector con pantalla, folios, bolígrafos, ordenador.	10 min
	- Límite de esfuerzo terapéutico	Lectura crítica de un artículo (g)	Grupo pequeño: 3 personas		40 min
	- Comisión de Bioética	Debate (h)	Grupo grande: 20 personas		40 min
	- Evaluación sesión y cierre de grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas		10 min
<p>(g) Lectura crítica de artículo: se les propone que de forma individual lean un artículo sobre el LET, tras su análisis se pide que discutan en pequeños grupos sobre dicha información. Finalmente se pone en común la información.</p> <p>(h) Debate: tras la exposición de un caso sobre Bioética y LET, se divide a los participantes en dos grupos, uno a favor y otro en contra, deberán defender sus ideas. Finalmente se pondrán en común las ideas surgidas, ordenando y devolviendo al grupo la síntesis del tema.</p>					Total: 100 min



Sesión 5: Opiáceos en Cuidados Paliativos					
Objetivo	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Identificación y repaso de los opiáceos más utilizados en CP. Recordar la importancia de la valoración del dolor en el paciente anciano. Capacitación en el manejo de la vía subcutánea.	- Acogida del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera y Experto en Manejo de Vía subcutánea Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> presentación, material vía subcutánea, pizarra, proyector con pantalla, folios, bolígrafos, ordenador.	10 min
	- Opioides utilizados en cuidados paliativos -Valoración del dolor	Lección participada (f)	Grupo grande: 20 personas		30 min
	- Taller manejo de vía subcutánea	Demostración con entrenamiento (i)	Individual: 1 persona		50 min
	- Evaluación sesión y cierre de grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas		10 min
(i) Demostración con entrenamiento: el profesional experto en vía subcutánea realizará una exposición y demostración de la utilización de esta vía de administración de fármacos, procediendo tras ello a la ejecución por parte de cada participante.					Total: 100 min



Sesión 6: Situaciones emocionales en Cuidados Paliativos					
Objetivo	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Mejorar la comunicación con el paciente o familia que se encuentra en proceso final de vida. Conocer las diferentes técnicas de afrontamiento.	- Acogida del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera y Psicólogo en CP Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> película o vídeos, pizarra, proyector con pantalla, folios, bolígrafos, ordenador.	10 min
	- Las técnicas de afrontamiento	Análisis película (j)	Grupo grande: 20 personas		40 min
	- Taller de comunicación	Role Playing (k)	Grupo pequeño: 2 personas		50 min
	- Evaluación sesión y cierre de grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas		10 min
<p>(j) Análisis Película: se visualizarán una serie de cortos de películas y series, tras los cuales se pondrá en común la adecuación o no de las técnicas de comunicación, afrontamiento, etc.</p> <p>(k) Role- Playing: una pareja trata de realizar una escenificación de roles en relación con la comunicación. El resto de participantes observa su desarrollo. Todos los participantes deben realizarla. Puesta en común sobre lo observado junto con el psicólogo, que orientará y resolverá dudas sobre las habilidades personales.</p>					Total: 110 min



Sesión 7: Recursos a nuestra disposición y CIERRE FINAL					
Objetivo	Contenidos	Técnicas	Grupo	Recursos	Tiempo
Conocer/repasar los diferentes recursos domiciliarios y de apoyo que están a disposición de las residencias de la Comunidad de Madrid.	- Acogida del grupo	Ronda grupal (a)	Grupo grande: 20 personas	<u>Humanos:</u> Docente. Enfermera y Enfermero ESAD Observador. Alumno o Enfermero <u>Materiales:</u> copias de test, pizarra, proyector con pantalla, presentación, folios, bolígrafos, ordenador, encuestas de satisfacción.	10 min
	- Recursos de apoyo y domiciliarios	Pre-test (l)	Individual: 1 persona		20 min
	- Recursos del ESAD	Lección participada (f)	Grupo grande: 20 personas		50 min
	- Evaluación sesión y cierre final del curso	Ronda grupal (a) Encuesta (m)	Grupo grande: 20 personas Individual		30 min
(l) Pre-test: se trata de un test para conocimientos previos. Se realiza individualmente, y el ponente basa su exposición posterior en las dificultades halladas por los participantes sobre los ESAD. (m) Encuesta: cuestionario de evaluación sobre satisfacción (Anexo V) para conocer la opinión sobre el curso.					Total: 110 min



Anexo VII. Evaluación del proyecto.

¿Qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Cómo?	¿Cuándo?
ESTRUCTURA				
-Lugar/nº de educadores/nº de h -Preparación/Intervención -Materiales utilizados.	Educandos. Coordinador. Observador.	Aula donde se realice la sesión	-Cuestionarios, encuestas satisfacción. -Observación.	Después de cada sesión y al finalizar el proyecto.
EL PROCESO.				
Fase previa: -Asistencia (edad y nivel cultural) -Clima equipo -Acuerdos y relación en el grupo.	Coordinador Observador.	Aula donde se realice la sesión	-Acta etapa previa. -Observación	Después de la reunión de la etapa previa.
Programación: -Adecuación del programa a las necesidades. -Periodicidad. -Objetivos y contenidos. -Técnicas educativas/evaluación	Coordinador. Observador.	Residencia Nuestra Señora del Carmen: Aula general para los Profesionales	-Reunión coordinador con el observador	Después de la reunión de la etapa previa.
Intervención: -Encuadre/contenidos. -Técnicas educativas, tiempos. -Participación/calidad docente. -Lenguaje y vocabulario	Observador. Coordinador. Educandos.	Residencia Nuestra Señora del Carmen: Aula general para los Profesionales	-Observación. -Reunión del coordinador con el observador. -Cuestionarios/Encuestas satisfacción.	Después de cada sesión. Al finalizar el proyecto.
RESULTADOS				
-Consecución de objetivos propuestos en el curso.	Coordinador. Educandos. Observador.	Aula donde se realice la sesión	-Observación. -Cuestionario satisfacción (Anexo V). -A través de las evaluaciones realizadas en cada sesión.	Después de cada sesión y al finalizar el proyecto.

Tabla 3. Evaluación del proyecto educativo. Basada en Palmar A. (58)



Anexo VIII: Guion del observador

GUÍA DEL OBSERVADOR

NUMERO DE SESIÓN:

FECHA: __/__/__

TAREA:

- Técnicas educativas utilizadas: adecuadas, difíciles para el grupo o educador, necesitan aclaración, ¿se relacionan con los objetivos?
- Verificar que las técnicas usadas sean las descritas y de la forma prevista
- Orden y metodología en las sesiones
- Adecuación de la programación y contenidos a las necesidades de los participantes
- Calidad de los docentes

MATERIALES y ESTRUCTURA:

- Valorar adecuación de los materiales y su utilización de la manera prevista
- ¿Han sido suficientes?
- Condiciones del aula: iluminación, ventilación, comodidad, etc; visibilidad, la colocación de las sillas facilita la participación, etc.

TIEMPO:

- Adecuación del número de sesiones, tiempo y lugar
- La duración del taller fue la acordada
- La sesión ha sido larga/corta
- Tiempo adecuado para cada técnica
- ¿El manejo del tiempo fue adecuado?



CLIMA

- Dinámica grupal. ¿Se facilita la participación?
- Clima grupal ¿tolerante, participativo, creativo, defensivo, de comunicación, escucha?
- Resolución de dudas efectiva
- Educador: lenguaje verbal y no verbal
- Lenguaje no verbal de los participantes (no hay interés, aburrimiento...)

PARTICIPACIÓN

- Registro de asistencia a las sesiones
- ¿Participan todos, la mayoría, nadie?, ¿Qué tipo de participación, de protesta, quejas? ¿Se facilita la participación? ¿El grupo quiere información, profundizar?
- Acuerdos con el grupo.
- Frases y momentos significativos

EVALUACIÓN

- *Durante la acción formativa:* comprobará que se produzca el aprendizaje previsto. Identificación de deficiencias y posibles problemas, con el fin de introducir las oportunas modificaciones. Se determinará si el énfasis se pone en la consecución de los objetivos y /o en lograr la satisfacción de los asistentes
- *Al finalizar la acción formativa.* Determinar la repercusión del aprendizaje. Identificar puntos débiles o nuevas necesidades en los participantes.



Anexo IX: Cuestionario de evaluación del programa

Para la posible mejora de las sesiones futuras, le agradeceríamos su colaboración respondiendo a las siguientes preguntas de forma totalmente anónima y voluntaria.

Lea atentamente las preguntas y conteste la respuesta que usted valore como correcta marcándola con una X. Se debe responder al cuestionario teniendo en cuenta que las respuestas se valorarán de 1 a 4 según el siguiente criterio:

1	2	3	4
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre

¿Considera que los contenidos del curso han cumplido con sus expectativas?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Los recursos y materiales utilizados en el aula han sido suficientes?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿El contenido le ha aportado información actualizada y/o novedosa para usted?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Cree que la estructura de las sesiones ha sido la adecuada?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Considera que el tiempo empleado en las sesiones ha sido suficiente?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Los profesionales expertos en la materia que han ayudado en el curso dominan y fortalecen los conocimientos?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Los profesionales han resuelto las dudas con claridad y adecuadamente?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Considera que le ha sido útil la realización de este curso?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Considera que el curso le ha hecho reflexionar sobre el tema expuesto?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



En general, ¿está satisfecho con la realización de este curso?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
¿Lo recomendaría a algún otro profesional?			
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Puntúe del 1 al 10 este curso:			

Lo que más me ha gustado del curso:
Lo que menos me ha gustado del curso:

Para finalizar, le agradeceríamos que aportase sus propias sugerencias, recomendaciones o comentarios para la mejora del curso en el espacio proporcionado:

Gracias por su colaboración.

